



Kontaktformular zur Nachverfolgung von Infektionsketten

Angaben zum Spiel

Spiel: _____

Datum: _____

Zeit: _____

Angaben zur Person

Name, Vorname _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefonnr. _____

Hiermit erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten zur Nachverfolgung von Infektionsketten auf Anfrage an das Gesundheitsamt weitergeleitet werden dürfen. Ihre Daten werden spätestens acht Wochen nach Ihrem Aufenthalt von uns vernichtet.

Datum, Ort

Unterschrift

Wir wünschen einen angenehmen Aufenthalt und bedanken uns für Ihr Verständnis.